

## Ärztlicher Fragebogen zur Heimaufnahme

Vor- und Zuname: ....., geb.: .....

Anschrift: .....

<b>Bewegung</b> <input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> Hilfe beim Gehen <input type="checkbox"/> Hilfe beim Stehen <input type="checkbox"/> bettlägerig <input type="checkbox"/> Rollstuhl Kontrakturen: ..... Lähmungen: ..... Gehhilfen: .....	<b>Bemerkungen:</b>
<b>Orientierung</b> <input type="checkbox"/> orientiert	<input type="checkbox"/> örtlich desorientiert <input type="checkbox"/> zeitweise <input type="checkbox"/> zeitlich desorientiert <input type="checkbox"/> zeitweise <input type="checkbox"/> zur Person desorientiert <input type="checkbox"/> zeitweise <input type="checkbox"/> Weglauftendenz <input type="checkbox"/> Nächtl. Unruhe	
<b>Verständigung</b> <input type="checkbox"/> Nicht beeinträchtigt	<input type="checkbox"/> schwerhörig <input type="checkbox"/> Brille <input type="checkbox"/> taub <input type="checkbox"/> Lupe <input type="checkbox"/> Hörgerät <input type="checkbox"/> blind	
<b>Bewusstseinslage</b>	<input type="checkbox"/> geistig rege <input type="checkbox"/> ängstlich <input type="checkbox"/> verstimmt <input type="checkbox"/> verlangsamt <input type="checkbox"/> benommen <input type="checkbox"/> aggressiv <input type="checkbox"/> depressiv <input type="checkbox"/> suizidgefährdet <input type="checkbox"/> komatös	
<b>Ernährung</b> <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Vollkost	<input type="checkbox"/> benötigt Hilfe <input type="checkbox"/> passierte Kost <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Sonde (z.B. PEG) Diät: .....	
<b>Körperpflege</b> <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> keine Hautschäden	<input type="checkbox"/> benötigt Hilfe <input type="checkbox"/> Ganz-/Teilwäsche <input type="checkbox"/> Zahnprothese: <input type="checkbox"/> oben <input type="checkbox"/> unten <input type="checkbox"/> Hautschäden: ..... <input type="checkbox"/> Dekubitus: ..... <input type="checkbox"/> Ulcera: .....	
<b>An-/Auskleiden</b> <input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> benötigt Hilfe <input type="checkbox"/> vollständig	
<b>Ausscheidungen</b> <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Stuhlgang regelmäßig	<input type="checkbox"/> Unterstützung <input type="checkbox"/> Harn-/ <input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz <input type="checkbox"/> zeitweise <input type="checkbox"/> Dauerkatheter <input type="checkbox"/> Blasenfistel (Cystofix) <input type="checkbox"/> Anus praeter <input type="checkbox"/> Neigung zu Durchfall <input type="checkbox"/> Neigung zu Verstopfung	
<b>Diagnosen</b>	..... ..... Körperbehinderungen: ..... ..... Geistige Behinderungen: ..... .....	

<b>Besonderheiten</b> <input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Allergien: ..... .....  <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher <input type="checkbox"/> Dialyse <input type="checkbox"/> Suchterkrankungen: <input type="checkbox"/> Nikotin <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Medikamentenabusus: .....	<b>Bemerkungen:</b>
<b>Medikamente</b> <input type="checkbox"/> keine		
<b>Bescheinigung gem. InfSchG</b>	Gem. § 36. Abs. 4 Infektionsschutzgesetz wird bestätigt, dass keine ansteckungsfähige Tuberkulose vorliegt.	
<b>Ansteckende Krankheiten</b>	Folgende Krankheiten liegen vor: <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HIV                      Sonstiges: ..... <input type="checkbox"/> MRSA	
<b>Klinikbehandlungen</b>  <input type="checkbox"/> keine (letzte 12 Monate)	<input type="checkbox"/> Krankenhaus: ..... <input type="checkbox"/> Reha-Klinik: ..... <input type="checkbox"/> Geriatrische Klinik: ..... <input type="checkbox"/> Psychiatrische Klinik: .....	
<b>Heimaufnahme</b>	<input type="checkbox"/> Pflegebereich <input type="checkbox"/> Pflegestufe bereits vorhanden: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> in einer beschützenden Abteilung <input type="checkbox"/> Altenheimbereich Gewünschter Aufnahmeterrnin: .....	
<b>Raum für sonstige Bemerkungen:</b>          		
<b>Bei derzeitiger Klinikbehandlung:</b> Station: .....  Ansprechpartner/in: .....		
....., den .....  <div style="text-align: right;">           Stempel, Unterschrift des Arztes         </div>		